

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE NUTRICIÓN

**Aceptabilidad y consumo del almuerzo de dietas
completas por pacientes adultos en un hospital nacional,
Lima 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Nutrición

AUTOR

Pold Christian VEGA SALAZAR

ASESOR

Carmen VILLARREAL VERDE

Lima - Perú

2017

DEDICATORIA

A mis padres, por todos sus consejos y su apoyo incondicional, para alcanzar el objetivo anhelado a lo largo de esta etapa y durante toda mi vida.

Con mucho amor, especialmente para mi madre Gladys Salazar Suárez, por todo el amor que me brinda y por los ánimos que día a día me da, ya que por ella soy un gran profesional.

Y a mi familia, por estar presentes cuando más los necesitaba.

“Los sueños son ideas que un día se pueden hacer realidad”

AGRADECIMIENTO

*A Dios por darme la vida y bendecirme día a día,
por guiarme y permitirme superar los obstáculos
y lograr mis objetivos a lo largo de mi vida.*

*A la Lic. Carmen Villarreal Verde,
asesora de la investigación,
por su orientación y supervisión de la misma,
paciencia y confianza depositada en mí.*

*A los nutricionistas del Departamento de Nutrición
del Hospital Nacional Arzobispo Loayza:
Lic. Yacuelín Tello, Lic. Gabriella Ugarelli
y Lic. Nicolás Méndez.*

*A cada uno de los pacientes del hospital
que participaron en la investigación.*

*Al jurado de sustentación: Lic. Susana Aniceto,
Lic. Vicente Papa y Lic. Jovita Silva.*

RESUMEN

Introducción: En la actualidad el 50% de los pacientes hospitalizados en los países latinoamericanos padecen de desnutrición. En Perú, el Hospital Nacional Arzobispo Loayza no es ajeno a esta realidad con 46.9% de pacientes desnutridos. Una alimentación adecuada optimiza el estado nutricional de los pacientes, y este a su vez garantiza en gran parte su recuperación. Sin embargo, muchas veces las raciones brindadas no son consumidas en su totalidad por distintas situaciones, algunas de estas relacionadas con las características de la dieta. **Objetivo:** Determinar el nivel de aceptabilidad y el porcentaje de consumo del almuerzo de dietas completas por pacientes adultos en un Hospital Nacional, Lima 2016. **Materiales y Métodos:** Para evaluar el porcentaje de consumo se aplicó el método de escala visual (Comstock) que consiste en la toma de fotografías de las raciones ofrecidas a 30 pacientes, durante 3 días, antes y después del consumo del almuerzo, para estimar el porcentaje ingerido por diferencia: consumo completo (100%), consumo aceptable (75%), consumo regular (50%), consumo reducido (25%), consumo nulo (0%). Para evaluar la aceptabilidad de las preparaciones se aplicó una encuesta validada a los mismos pacientes, esta encuesta incluye la aceptabilidad del sabor, olor, temperatura, textura, presentación, horario, variedad, cantidad y apreciación general de las raciones recibidas. **Resultados:** Se encontró un consumo aceptable y completo de las raciones en el 95.6% de casos, y la aceptabilidad del olor, textura, presentación, horario, variedad, cantidad y apreciación general fue regular; la temperatura, aceptabilidad buena y el sabor en la mayoría de casos fue calificada como mala. **Conclusiones:** La aceptabilidad presentó un nivel regular, lo cual no condice al porcentaje de consumo, cuyo resultado fue aceptable. Analizando el consumo de los componentes de la ración, se observó también un consumo aceptable. Se identificaron variables externas a las características a la dieta que modifican la aceptabilidad y consumo de las mismas.

Palabras clave: *Aceptabilidad, Consumo, Dietas completas, Almuerzo.*

ABSTRACT

Introduction: Currently 50% of hospitalized patients in Latin American countries suffer from malnutrition. In Peru, the National Archbishop Loayza Hospital is no stranger to this reality with 46.9% of malnourished patients. Adequate nutrition optimizes the nutritional status of patients, and this in turn guarantees their recovery to a large extent. However, many times the rations provided are not consumed in their entirety by different situations, some of these related to the characteristics of the diet. **Objective:** To determine the level of acceptability and the percentage of lunch consumption of complete diets by adult patients in a National Hospital, Lima 2016. **Materials and Methods:** To assess the percentage of consumption, the visual scale method (Comstock) was applied. In the taking of photographs of the rations offered to 30 patients, during 3 days, before and after the consumption of the lunch, to estimate the percentage ingested by difference: complete consumption (100%), acceptable consumption (75%), regular consumption (50%), reduced consumption (25%), zero consumption (0%). To evaluate the acceptability of the preparations a validated survey was applied to the same patients, this survey includes the acceptability of taste, smell, temperature, texture, presentation, time, variety, quantity and general appreciation of the rations received. **Results:** An acceptable and complete consumption of the rations was found in 95.6% of cases, and the acceptability of the odor, texture, presentation, schedule, variety, quantity and general appreciation was regular; the temperature, good acceptability and taste in most cases was rated as bad. **Conclusions:** Acceptability presented a regular level, which does not correspond to the percentage of consumption, whose result was acceptable. Analyzing the consumption of the components of the ration, an acceptable consumption was also observed. Variables external to the characteristics of the diet were identified that modify the acceptability and consumption of the same.

Key words: *Acceptability, Consumption, Complete diets, Lunch.*

CONTENIDO

	Página
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Dieta completa.....	3
1.2. Servicio de alimentación hospitalario.....	4
1.3. Antecedentes.....	5
2. OBJETIVOS.....	7
2.1. Objetivo general.....	7
2.2. Objetivos específicos.....	7
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	7
3.1. Tipo de estudio.....	7
3.2. Población de estudio.....	7
3.3. Plan de procedimiento.....	7
3.4. Técnicas e instrumentos.....	8
3.5. Análisis de datos.....	9
3.6. Consideraciones éticas.....	9
4. RESULTADOS.....	9
4.1. Planificación de la dieta completa.....	9
4.2. Consumo de la dieta completa.....	11
4.3. Aceptabilidad de la dieta completa.....	14
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	14
5.1. Discusión.....	14
5.2. Conclusiones.....	17
6. RECOMENDACIONES.....	18
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
ANEXOS.....	22

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la desnutrición es considerada como uno de los principales problemas de salud que genera mayor estancia hospitalaria tanto en países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo. La desnutrición hospitalaria no solo constituye un indicador del estado nutricional del paciente, sino también un indicador de los cuidados nutricionales a un nivel de atención primario y secundario de la salud ⁽¹⁾.

La prevalencia de desnutrición hospitalaria a nivel mundial, de acuerdo a distintos estudios realizados hasta el 2011, presentaba niveles que iban desde el 7% hasta el 83.5% ⁽²⁾, y en la actualidad esta oscila entre el 20 y 50%, encontrándose en Latinoamérica un nivel promedio elevado, como 50% en Brasil ⁽³⁾, 51.2% en Paraguay ⁽⁴⁾ y 55% en Ecuador ⁽⁵⁾.

A nivel nacional, varias publicaciones han reportado el porcentaje de pacientes afectados por la desnutrición hospitalaria, por ejemplo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) se encontró el 46.9%, correspondiendo 21.3% a desnutrición energética y 37.5% a desnutrición proteica ⁽⁶⁾.

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza es uno de los hospitales más grandes de la ciudad de Lima que depende del Ministerio de Salud (MINSA), cuenta con 10 pabellones de hospitalización que atienden aproximadamente 30.000 pacientes por año, de los cuales 65.67% son mujeres y 34.33% varones, las edades de estos pacientes están entre los 30 a 59 años, lo que represen el 34.7% de la totalidad de pacientes hospitalizados. El Servicio de Medicina Interna está compuesto por 5 pabellones y poseen el mayor índice de hospitalizados con un registro anual promedio de 7500 pacientes ⁽⁷⁾.

Con respecto al promedio de estancia hospitalaria, en el Servicio de Medicina, en el año 2012 correspondió a 11.91 días, mientras en el año 2013 fue de 12.44 días, y en el año 2014 de 12.47 días, lo que muestra un incremento en el tiempo de hospitalización. Las principales causas de morbilidad en este servicio son: Infección Urinaria (4.6%), Enfermedad renal crónica (4.4%), Pancreatitis aguda (3.8%), Insuficiencia cardiaca congestiva (3.6%) y Neumonía (3.1%) ⁽⁷⁾.

La Infección Urinaria es una de las enfermedades intrahospitalarias que se puede contraer debido al uso prolongado (mayor de 24h.) del catéter urinario permanente, lo cual incrementa el tiempo en que los pacientes se encuentran internados, en otras

palabras, la probabilidad de contraer dicha infección aumenta con el número de días de hospitalización, por ello el tratamiento médico nutricional temprano es oportuno para el egreso hospitalario exitoso ⁽⁸⁾.

En otro Hospital Nacional, como el Hipólito Unanue, la desnutrición de acuerdo a la albúmina, linfocitos, Índice de Masa Corporal (IMC), Circunferencia Muscular Braquial (CMB) y Valoración Global Subjetiva (VGS) fue de 54.5%, 58.9%, 19.1%, 50.7% y 44.9% respectivamente ⁽⁹⁾. Esta realidad también se observó en un hospital del sistema de Essalud, el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, con un 75% de pacientes con desnutrición en distintos niveles ⁽¹⁰⁾.

Todo ello conlleva a un incremento de la morbimortalidad, y es producto de una serie de factores, pudiendo incluso estar asociada a un inadecuado tratamiento de la enfermedad, no obstante, una de las principales causas es el consumo de alimentos en cantidades reducidas, esto puede ser consecuencia de distintas situaciones clínicas, a la mayor necesidad de nutrientes y a la composición de la dieta recibida ^(11,12).

Para determinar las necesidades de energía, macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y lípidos), micronutrientes (vitaminas y minerales) y demás, es indispensable una valoración específica e individualizada, por tal motivo hay fórmulas diseñadas con el fin de estimarlas, utilizando datos como la edad, el género, el peso, la talla, la actividad física, entre otros ⁽¹³⁾.

De acuerdo a las estadísticas de la Encuesta Nacional en Hogares del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (ENAHN – CENAN) en Perú, se estimaron las recomendaciones nutricionales de energía en promedio para personas sanas: varones, jóvenes (18 – 29 años) y adultos (30 – 59 años) en 2620 y 2556 kilocalorías respectivamente; y mujeres, jóvenes y adultas en 2028 y 2003 kilocalorías respectivamente ⁽¹⁴⁾.

Las recomendaciones diarias de energía para personas enfermas, se obtienen a partir de la multiplicación de las siguientes variables: Gasto energético en reposo (GER), Nivel de actividad física (NAF) y Factor de estrés de la enfermedad (FE). El NAF para los pacientes hospitalizados en cama es 1.05, y ambulatorios de 1.1 a 1.15; y el FE puede ser leve, moderado o severo (1.1 a 1.5), mientras que el GER posee valores propios de cada persona lo cual modifica significativamente el resultado de un paciente a otro ⁽¹³⁾.

Debido al escaso número de profesionales nutricionistas para la atención individualizada de los pacientes, en muchos establecimientos de salud, se prescriben “dietas estandarizadas” como la dieta completa, dieta blanda, dieta hiposódica, entre otras, y estas son prescritas en consenso por los profesionales de la salud, médico y nutricionista.

1.1. Dieta completa

La dieta completa consiste en un régimen general de preparaciones de alimentos que no presenta restricciones dietéticas de ninguno tipo, por ende, aporta todos los nutrientes y elementos necesarios para el funcionamiento normal del organismo. Se permite el consumo de todos los alimentos a libre demanda, ya que no perjudica la evolución del paciente hospitalizado ⁽¹⁵⁾.

Sousa y col. subrayan la importancia que tiene el consumo de distintas categorías de dieta, dieta completa, dieta blanda, dieta líquida y demás, siendo la dieta completa la que presenta la menor cantidad de restricciones, sin embargo, usualmente esta tampoco logra un consumo total ni cercano al recomendado ⁽¹²⁾.

El régimen dietético ofrecido por el servicio de alimentación es un elemento indispensable en la recuperación de los pacientes, sin embargo, una dieta elaborada de manera correcta pierde su relevancia al no ser consumida completamente ⁽¹⁶⁾.

Durante la hospitalización, se evidencia una multicausalidad alrededor del consumo reducido o nulo de la ración dietética proporcionada a los pacientes, entre estas causas tenemos: el estrés psicológico generado por una patología presente, el horario de servido suele ser diferente al tiempo de consumo habitual, no hay elección de alimentos, entre otros; y en conjunto suelen generar un consumo incompleto de alimentos, que se traduce finalmente en una malnutrición, retardando la recuperación del paciente e incrementando el presupuesto destinado del centro hospitalario ⁽¹⁷⁾.

La incidencia del riesgo nutricional en pacientes hospitalizados se debe a la alimentación inadecuada generada por un reducido consumo de alimentos, cambios dietéticos, cambio de hábitos y horario, así como síntomas propios de la enfermedad como náuseas, vómitos, debilidad, y otros eventos que promueven la pérdida de peso y la desnutrición. Es necesario desarrollar medidas para optimizar el cuidado nutricional intrahospitalario, entre ellas acciones, tales como la atención en la aceptación de los alimentos y actividades que fomenten una mayor ingesta de energía ⁽¹⁸⁾.

La preparación de la comida se vuelve esencial cuando es el único aporte de energía natural indispensable para los pacientes, por tal motivo, es responsabilidad del profesional nutricionista a largo plazo contribuir a la recuperación y estabilidad del paciente, disminuyendo el riesgo de mortalidad ⁽¹⁹⁾.

1.2. Servicio de alimentación hospitalario

En los servicios de alimentación de los hospitales se programan los regímenes dietéticos adecuados para distintas enfermedades específicas, sin embargo, en estos establecimientos las raciones son preparadas de manera masiva, pues se trata de satisfacer las necesidades de gran cantidad de personas hospitalizadas, por tal motivo es necesario valorar la satisfacción del individuo a fin de que consuma la totalidad de la ración servida ⁽¹⁹⁾.

En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el Departamento de Nutrición y Dietética cuenta con un manual de regímenes dietéticos, asimismo el departamento se encuentra subdividido en los siguientes servicios: Servicio de Tratamiento Dietético (STD) y el Servicio de Alimentación Central (SAC). El SAC está a cargo de la elaboración y distribución de las raciones de las dietas, indicadas a los pacientes en los pabellones del hospital; posee un diseño que permite la diferenciación de áreas, implementado con herramientas y equipos útiles para la preparación de alimentos, únicamente manipulados por personal capacitado, y estos a su vez, dirigidos por un nutricionista, jefe del SAC ⁽⁷⁾.

Los establecimientos hospitalarios, a nivel nacional, disponen de un manual de bioseguridad, elaborado sobre las bases normativas implementadas por el Ministerio de Salud, en estos se señala que en los ambientes intrahospitalarios no deben circular elementos que promuevan la formación de agentes biológicos que perjudiquen la integridad de las personas, por tal motivo, no se permite el ingreso de alimentos, por ser un vector potencial para la formación de bacterias. De esta manera, indirectamente, se limita la ingestión adicional de nutrientes, por lo cual las raciones proporcionadas por el servicio de alimentación del hospital son esenciales y únicos para el restablecimiento del estado de salud de los pacientes ^(20, 21).

La existencia de un servicio de alimentación hospitalario se justifica para atender las necesidades nutricionales del paciente, por ello es importante evaluar la actitud respecto a las raciones que se le ofrece durante la hospitalización. Las condiciones en que llega la ración a los pacientes influyen en la aceptabilidad y el consumo del mismo. Los alimentos despiertan sensaciones visuales, tácticas, olfativas, térmicas o estimulantes, así como la

asociación a aspectos de orden cultural. Lo anteriormente mencionado constituye el conjunto de dimensiones que califican la aceptabilidad y el consumo de la dieta hospitalaria ⁽²²⁾.

En una entrevista con la nutricionista, jefe del SAC del HNAL, informó que diariamente se preparan aproximadamente 1000 raciones de todas las dietas, incluyendo las especiales y modificadas en textura. Las dietas se elaboran en base a 1600 kcal, complementándose en la mayoría de casos con complementos nutricionales elaborados en la central de fórmulas del STD. Por ello la dieta completa elaborada en el SAC proporciona 1600 kcal diarias. Se elaboran aproximadamente 300 raciones diarias para la dieta completa, la distribución porcentual de calorías corresponde a 15% del desayuno, 50% del almuerzo y finalmente 35% de la cena, lo cual indica que la ración presentada en el almuerzo provee en promedio 800 kcal/día.

Los manuales de bioseguridad de los hospitales nacionales reglamentan el ingreso y consumo de alimentos y preparaciones de alimentos que no proceden del Departamento de Nutrición y Dietética, sin embargo, en algunas ocasiones se evidencia el incumplimiento de esta norma y es posible encontrar pacientes consumiendo alimentos que no son propios del diseño de la dieta indicada. Esto se debe a dos factores principales, el primero es la insatisfacción con respecto a la cantidad consumida de la ración proporcionada, y el segundo por las características que presentan las raciones, que van desde el sabor hasta la presentación, por tal motivo son importantes las características organolépticas de la preparación presentada y la apreciación de los pacientes con respecto a las mismas. ^(20, 21).

1.3. Antecedentes

Con el fin de valorar la actitud frente a los alimentos presentados por el servicio de alimentación, se utilizó un instrumento con escala de Likert, denominada así por Rensis Likert, quién en 1932 publicó un informe describiendo su uso. La escala ordinal de Likert nos permite clasificar los grados de actitud frente a un atributo, de esta manera obtenemos las siguientes categorías: Totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente o neutro, en desacuerdo, y, totalmente en desacuerdo; siendo posible el cambio de términos por otros más convenientes, preservando la distancia entre las categorías ⁽²³⁾.

La cantidad de residuos alimenticios producidos, durante el año 1979, en Estados Unidos era considerablemente elevada, por tal motivo el Departamento de Agricultura del mismo país solicitó al Comando de Investigación y Desarrollo del Ejército, evaluar

métodos para medir el consumo de alimentos y los residuos generados en sistemas de alimentación institucionales, y mediante una evaluación dirigida por Elizabeth Comstock, se diseñó un protocolo para futuras investigaciones, contrastando los métodos indirectos y directos para medir las cantidades de residuos de alimentos ⁽²⁴⁾.

Varios autores están de acuerdo en que el residuo de las preparaciones que los pacientes dejan de consumir en la bandeja servida es un importante indicador y es evaluado a través de la estimación visual en la escala de Comstock, asimismo la evaluación de la aceptabilidad por medio de encuestas con la escala de Likert para estimar la valoración de la dieta consumida por parte del paciente hospitalizado ^(12, 18, 22).

Para determinar el consumo de alimentos, los estudios suelen utilizar dos técnicas: estimación visual y pesada directa de las bandejas ^(25, 26, 27).

Hay evidencia de que ambas metodologías pueden ser empleadas sin diferencia significativa en sus resultados, como lo indica una investigación, comparando ambas herramientas con el índice de kappa con ponderación cuadrática, e intervalo de confianza del 95%, concluyendo que la escala visual permite cuantificar de manera adecuada y precisa la ingesta real de las personas ⁽²⁵⁾.

La estimación visual estratificada es una herramienta confiable para conocer el consumo de alimentos de forma indirecta, debe ser realizada por un nutricionista o dietista, o en su defecto por personal capacitado y entrenado para tal actividad ⁽²⁶⁾.

La metodología utilizada en el presente estudio ha sido utilizada en diversas investigaciones, se puede mencionar entre ellas, un estudio realizado en el Hospital Universitario de Sant Joan de Reus, cuyo objetivo era la evaluación de la aceptación de menús, la estimación se realizaba mediante una escala visual de los residuos tomados de las bandejas, donde el menor puntaje indicaba bandeja llena y el mayor indicaba el completo consumo del menú ⁽²⁸⁾.

Asimismo en el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, en Gerona, también en España, se llevó a cabo una evaluación de la aceptabilidad de las raciones servidas mediante estimación visual del residuo de las bandejas, evaluando estos residuos en intervalos de porcentaje de consumo ⁽²⁹⁾.

La apreciación de los pacientes, con respecto a la alimentación, debe ser considerada como un pilar fundamental en el desarrollo nutricional óptimo del hospitalizado, pues la satisfacción de ellos por la dieta determina el consumo completo de la ración servida, así lo indica también una investigación realizada en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en la que el 45.60% de pacientes se encuentra inconforme con la alimentación recibida (30).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Determinar el nivel de aceptabilidad y el porcentaje de consumo del almuerzo de dietas completas por pacientes adultos en un Hospital Nacional, Lima 2016.

2.2. Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de aceptabilidad del almuerzo de dietas completas.
- Determinar el porcentaje de consumo del almuerzo de dietas completas.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio

El estudio es de enfoque cuantitativo, no experimental, de diseño descriptivo, observacional, transversal.

3.2. Población de estudio

Se consideraron dos muestras para el estudio, una de ellas, para la variable aceptabilidad, consistió en los pacientes hospitalizados en los pabellones I, II, III y IV del área de Medicina General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, estos pacientes se seleccionaron entre los que padecían enfermedades que no influyeran en la percepción de las características de la dieta prescrita. Y la otra muestra, para la variable consumo, correspondía a las raciones de la dieta completa ofrecida a los mismos pacientes. Asimismo, se solicitó el consentimiento informado de cada paciente para considerar las raciones proporcionadas por el SAC, informando previamente el procedimiento de la evaluación del estudio.

3.3. Plan de procedimiento

El estudio se realizó en dos etapas: La primera etapa consistió en la observación y toma de fotografías del contenido de los residuos de las bandejas (o charolas) que no habían sido consumidas por los pacientes, a este proceso se le llama “estimación visual”.

Para ello se seleccionaron 30 pacientes hospitalizados, a quienes se les explicó que sus bandejas serían fotografiadas y que se les aplicaría una encuesta en relación a la ración servida, se les solicitó su asentimiento verbal para proceder a tomar los datos, y durante el lapso de 3 días consecutivos se realizó la evaluación del consumo del almuerzo de la dieta completa, contabilizando 90 raciones. La segunda etapa consistió en la aplicación de una encuesta acerca de la aceptabilidad de las raciones proporcionadas durante la estancia hospitalaria a los mismos pacientes, obteniéndose un total de 30 encuestas.

3.4. Técnicas e instrumentos

Para la evaluación del consumo se utilizó la escala de Comstock, se procedió a estimar el porcentaje de la cantidad de comida consumida, si se observaba la bandeja vacía esto indicaba un “consumo completo” de la ración servida (100%); si el paciente dejaba la cuarta parte de la misma, se consideraba como “consumo aceptable” (75%); si dejaba la mitad, “consumo regular” (50%), si dejaba las tres cuartas partes, “consumo reducido” (25%); y finalmente si se encontraba la ración intacta era considerada como “consumo nulo” (0%).

La evaluación del consumo de la dieta se realizó en dos dimensiones, una correspondiente al consumo de la ración de modo integral, y otra considerando el consumo fraccionado de los componentes de esta (guiso, arroz, tubérculo, mazamorra, bebida).

Se evaluó la aceptabilidad utilizando el instrumento “Encuesta de Aceptabilidad de las Dietas Completas”, y el consumo mediante estimación visual, se tomaron fotografías antes y después del consumo de las raciones servidas a los pacientes.

La encuesta de aceptabilidad, validada por un grupo integrado por catedráticos de la UNMSM, constaba de 9 preguntas, en las cuales se preguntaba acerca de la aprobación del sabor, olor, temperatura, textura, presentación, horario, variedad, cantidad y apreciación general de las raciones ofrecidas, presentando como alternativas una buena, regular o mala aceptabilidad.

Con el fin de evaluar la aceptabilidad de las dietas completas se utilizaron los siguientes intervalos clasificados y divididos de manera proporcional: De 1 a 1.67 (Mala aceptabilidad), de 1.68 a 2.33 (Regular aceptabilidad) y de 2.34 a 3 (Buena aceptabilidad).

3.5. Análisis de datos

Se realizó el análisis utilizando la estadística descriptiva obteniéndose medidas de tendencia, porcentajes y promedios, estos datos se procesaron utilizando el programa Microsoft Excel.

3.6. Consideraciones éticas

Con relación a los aspectos éticos, en la base de datos se omitieron los nombres de los pacientes con el objetivo de garantizar la confidencialidad de la información y se contó con la autorización institucional para la obtención de los datos y la difusión de los resultados. Se realizó el consentimiento informado de cada paciente, informando previamente el procedimiento del estudio, y fue solicitado de manera verbal, debido a que no implicaba ningún riesgo o injuria para el paciente, al no ser un procedimiento invasivo.

4. RESULTADOS

Durante la recolección de datos se evaluó el consumo de las raciones del almuerzo de 30 pacientes durante tres días, y posteriormente se realizaron las preguntas acerca de la aceptabilidad de la dieta mediante las características, ya señaladas anteriormente, de las raciones consumidas en ese periodo.

4.1. Planificación de la dieta completa

En el siguiente recuadro se presentan las planificaciones de los almuerzos de la dieta completa durante los tres días de observación:

Día de observación	Planificación de la dieta completa
Primer día	Guiso: Estofado de pollo Guarnición: Arroz blanco Tubérculo: Papa mediana Mazamorra: De piña Bebida: Chicha morada
Segundo día	Guiso: Pollo al sillao Guarnición: Arroz blanco Tubérculo: Papa mediana Mazamorra: Morada Bebida: Infusión de manzanilla
Tercer día	Guiso: Pollo a la olla Guarnición: Arroz blanco Tubérculo: Camote Mazamorra: De durazno Bebida: Infusión de anís

Tabla 1: Planificación de la dieta completa durante los tres días de observación

Figura 1: Fotografía de las bandejas antes y después del consumo

Primer día

Antes del consumo



Después del consumo



Segundo día

Antes del consumo



Después del consumo



Tercer día

Antes del consumo

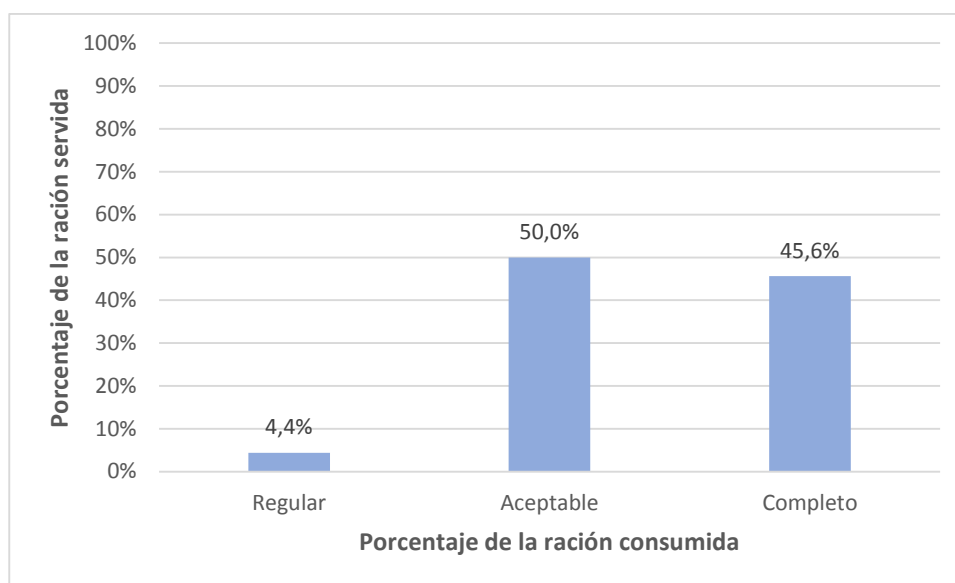


Después del consumo



4.2. Consumo de la dieta completa

El porcentaje del consumo de las raciones de la dieta completa en los tres días, se observa en el siguiente gráfico:



Gráfica 1: Consumo de las raciones de la dieta completa de los pacientes

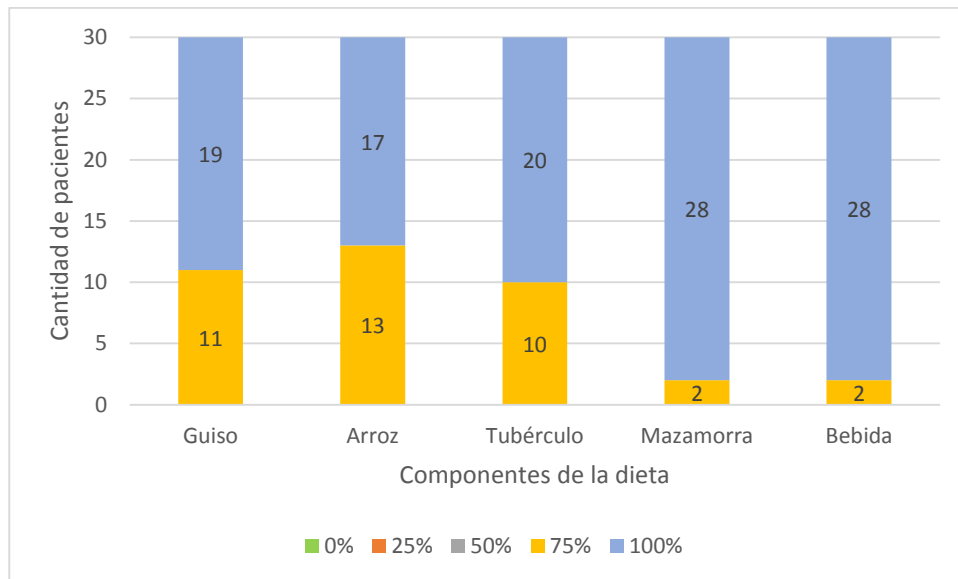
Se puede apreciar que el 45.6% de las raciones fueron consumidas en su totalidad, asimismo se observó una cifra similar para el consumo aceptable de las raciones proporcionadas con un 50.0%, mientras que la mitad de la ración fue consumida solamente por el 4.4%, cabe señalar que no se registraron consumos reducidos ni raciones sin consumir de acuerdo a la evaluación estadística realizada.

A continuación, en la Tabla 2, se presenta la cantidad de pacientes, que consumieron la dieta completa, clasificados de acuerdo al día de evaluación:

Tabla 2: Consumo diario de la dieta completa de los pacientes

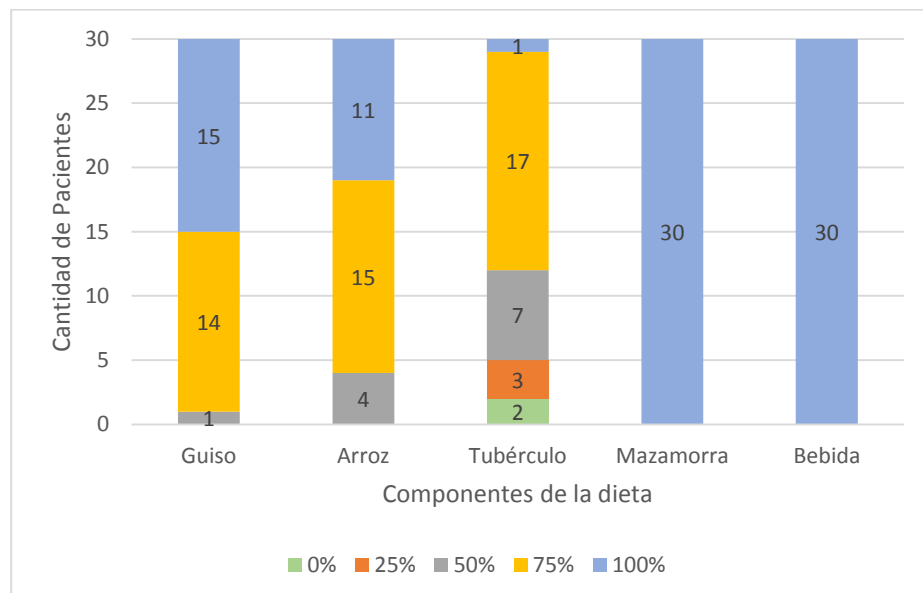
Consumo	Porcentaje de la ración consumida		
	50%	75%	100%
Primer día	0	6	24
Segundo día	0	15	15
Tercer día	4	24	2

En los siguientes gráficos se presenta el consumo de la dieta completa diaria de manera fraccionada, es decir de acuerdo a sus componentes:



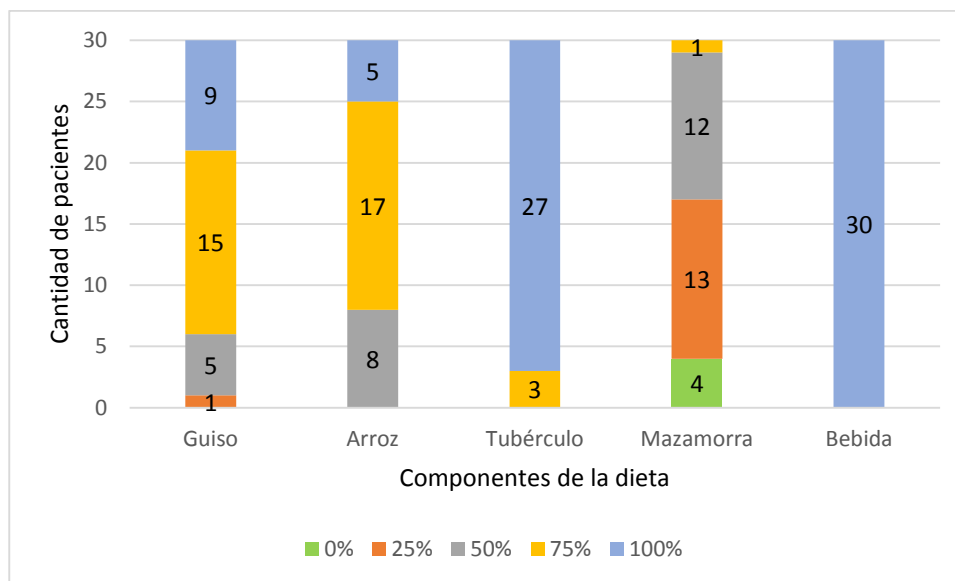
Gráfica 2: Consumo de los componentes de la dieta completa en el primer día de observación

Durante el primer día, el 57% de las raciones ofrecidas fueron consumidas en su totalidad. Al analizar la preparación principal fraccionada por componentes, el guiso, el arroz y el tubérculo, tuvieron un consumo aceptable (37%, 43% y 33%) y completo (63%, 57% y 67%) respectivamente. Por otro lado, se encontró un consumo completo de la mazamorra y la bebida en el 93% de las raciones servidas.



Gráfica 3: Consumo de los componentes de la dieta completa en el segundo día de observación

En el segundo día se observó un consumo completo de la mazamorra y la bebida. Sin embargo los componentes de la preparación principal obtuvieron puntuaciones diferenciadas, compartiendo solamente el consumo aceptable en el 51% de los casos. No obstante, el arroz y el guiso presentaron un consumo completo (50% y 36.7% resp.) mayor que el tubérculo, el cual presentó distintas escalas de consumo, siendo incluso dejada en el 6.7% del total de raciones, con un consumo regular y reducido del 23.3% y 10.0% respectivamente.

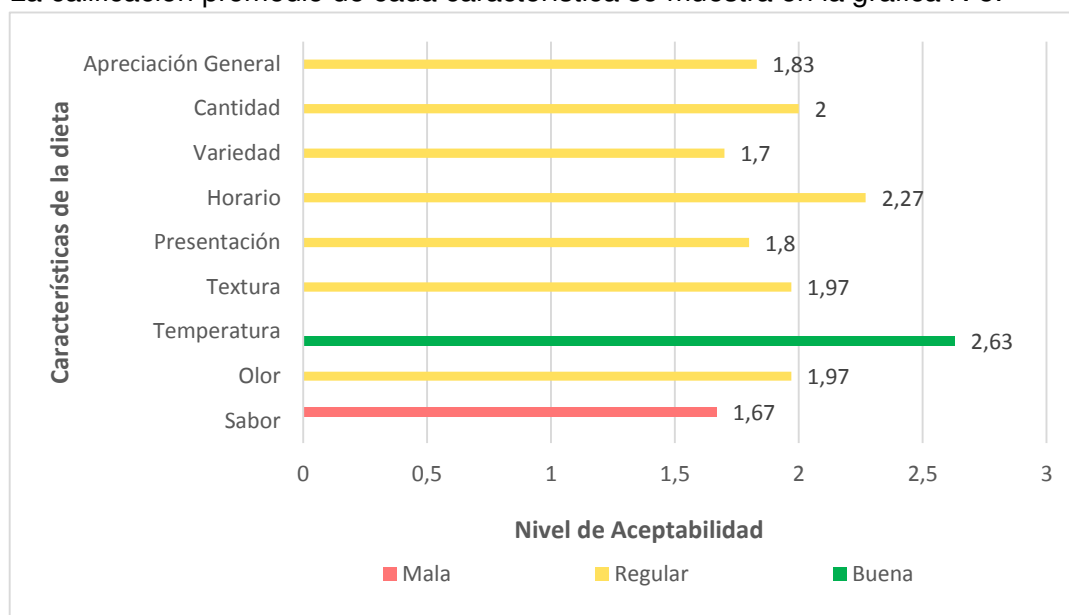


Gráfica 4: Consumo de los componentes de la dieta completa en el tercer día de observación

En el tercer día, se observó que la mazamorra no fue consumida en su totalidad en ninguno de los casos, presentando un consumo aceptable (3.3%), consumo regular (40%), consumo reducido (43.3%) y llegando incluso a no consumirse en algunas ocasiones (13.3%). Con respecto a la preparación principal, el tubérculo obtuvo un consumo aceptable (10%) y completo (90%), el arroz presentó un consumo regular (26.7%), aceptable (56.7%) y completo (16.7%) y el guiso un consumo reducido (3.3%), regular (16.7%), aceptable (50%) y completo (30%).

4.3. Aceptabilidad de la dieta completa

La calificación promedio de cada característica se muestra en la gráfica N 5.



Gráfica 5: Aceptabilidad de las características de la dieta completa

Se puede apreciar en la Gráfica 5 que la temperatura como característica de la dieta obtuvo una aceptabilidad buena al tener un puntaje comprendido entre 2.34 y 3.

Sin embargo, características como el olor, textura, presentación, horario, variedad, cantidad y la apreciación general de la comida tuvieron una aceptabilidad regular, con valores entre 1.67 y 2.33.

El sabor tuvo una aceptabilidad mala, con un puntaje negativo que corresponde a los intervalos de 1 a 1.67.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. Discusión

Diversas publicaciones no concuerdan acerca del tema de aceptabilidad de la ración servida a los pacientes hospitalizados sin embargo, están de acuerdo en que los factores como el sabor, el olor, la temperatura, la textura, la presentación, el horario, la variedad, la cantidad, entre otros relacionados con la calidad del servicio de alimentación, son relevantes al momento de considerar la aceptabilidad y el consumo de las personas.

En nuestro país, al revisar la literatura acerca del tema se encontró escasa difusión y en pocas publicaciones el reciente interés sobre la aceptabilidad y el consumo de

preparaciones alimentarias diseñadas para los pacientes, no obstante en países del continente europeo es un tema que viene desarrollándose hace más de una década, en estos el objetivo ha sido mejorar los estándares de calidad del alimento servido y el estado nutricional de los pacientes, reduciendo así la estancia hospitalaria, lo que finalmente se tradujo en un beneficio costo-tiempo, tanto para la institución hospitalaria como para los pacientes ^(28, 29).

Uno de los primeros autores que profundizó en el estudio del consumo de las raciones fue Guillen et al., su investigación fue realizada en el Hospital Universitario de Sant Joan de Reus, y su objetivo era la evaluación de la aceptación de menús, la estimación se realizaba mediante una escala visual de los residuos tomados de las bandejas, por puntuación de 0 al 4, donde la menor puntuación indicaba bandeja llena y la mayor indicaba el completo consumo del menú. Los resultados fueron óptimos para las dietas estándar, dietas especiales y en menor proporción las dietas modificadas en textura, lo cual refleja un grado de aceptación elevado para los hospitalizados de Tarragona, España ⁽²⁸⁾.

De acuerdo a algunas publicaciones, hay variables externas que influyen en la admisión de la dieta por parte de los pacientes, como se encontró en una investigación, realizada en Pakistán, en la que se evaluó la percepción de 80 pacientes acerca de la comida servida y del servicio de alimentación, los resultados indicaron una aceptación buena con 4.0 y 3.7 del olor y la temperatura de acuerdo a las características que presentaba la dieta respectivamente, y un puntaje total de 4.4 indicando satisfacción total, por lo cual se sugirió realizar más evaluaciones, debido a las características de pobreza del entorno social y cultural ⁽³¹⁾. Aunque este país pertenece al continente asiático, esta realidad no es ajena a los países de Latinoamérica, puesto que en estos se observa la convivencia entre diferentes realidades, considerando que las clases socioeconómicas con menos recursos predominan porcentualmente ⁽³²⁾.

En Brasil se analizaron varias publicaciones con distinta metodología y se encontró como resultado un promedio de 35% de residuos en las preparaciones proporcionadas a los pacientes en hospitales públicos de este país. Uno de estos estudios revela que la variedad, la presentación y la temperatura son elementos importantes en la valoración de la ración servida, y aunque la variedad y la presentación obtuvieron una aceptabilidad elevada, la temperatura (43%), de menor satisfacción, fue determinante para el consumo de los alimentos, produciéndose un volumen de residuos promedio de 34%. No obstante, en la evaluación realizada en el HNAL, curiosamente, la temperatura es el único

elemento con puntaje positivo y una valoración por encima de todas las demás características.⁽¹²⁾

En el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, en Gerona, España, se llevó a cabo una evaluación del consumo, esta consistió en la evaluación de la aceptabilidad de los menús servidos mediante estimación visual del residuo de las bandejas, evaluando por intervalos de porcentaje de consumo, se consideró la doble pesada de una bandeja por cada tipo de dieta para contrastar el resultado obtenido. Como resultado se obtuvo que el 32.4% de la población evaluada dejaba el plato intacto o casi intacto ⁽²⁹⁾.

En los hospitales públicos de Illes Balears, en España, se evaluó la satisfacción percibida por los pacientes ingresados, encontrándose una aceptabilidad alta en cuanto al servicio de alimentación (horario de servido, atención del personal técnico, limpieza de bandejas, etc.) con un 85% de respaldo por parte de los pacientes entrevistados, sin embargo con respecto a la comida recibida, el 30% manifestó estar inconforme y que debería mejorar la calidad de la dieta ofrecida ⁽³³⁾.

Se puede concluir de los dos estudios realizados en España, que el consumo y la aceptabilidad de las raciones servidas poseen resultados muy similares, próximos al 30%, respaldando el hecho de que la tercera parte de la población hospitalizada en ese país se encuentra insatisfecha con el servicio y la calidad de alimentación brindada, en contraste con nuestro estudio, en el cual se manifiesta la inconformidad con respecto al análisis de aceptabilidad mas no con el porcentaje de consumo de las raciones, encontrándose el consumo aceptable y completo elevado en nuestro país (95.6%) ^(29, 33).

Un estudio realizado por un tesista de la Universidad Nacional Federico Villarreal, en la que se evaluó el consumo de las raciones y los componentes del almuerzo de la dieta completa por estimación visual, por medio de la toma de fotografías y con la escala de Comstock, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, obtuvo como resultado final una aceptación media y alta (37 a 90% de la ración servida) en comparación con nuestra aceptación que fue aceptable y completa (75 a 100%) ⁽³⁴⁾.

En relación al sabor de las comidas, se aprecia que es la única característica que recibió una aceptabilidad mala (1.67), pese a ello, esto no se tradujo en un consumo mínimo pronunciado de las raciones proporcionadas, en comparación con el estudio de Herrera Úbeda en el que el sabor recibió una puntuación buena (3.8) en una escala de 1 sobre 5. Asimismo la variedad (3.9), el aroma (3.8), la cantidad (4.4), el presentación

(4.0), la textura (3.9) y el horario (4.5) fueron calificadas con una puntuación de buena aceptabilidad, en comparación con nuestro estudio en el cual la variedad (1.70), el olor (1.97), cantidad (2.00), presentación (1.80), textura (1.97) y el horario (2.27) obtuvieron una calificación con puntaje regular. Solamente, se obtuvo como resultado común la puntuación recibida por la temperatura en ambos estudios (4.3 y 2.63) ⁽¹⁷⁾.

La participación del paciente puede ser considerada para enfrentar la baja ingesta alimentaria durante la hospitalización, se resalta la importancia de una visión más humana y flexible sobre la alimentación y comprenderla como un aspecto más amplio que el propiamente entendido solo como una necesidad biológica ⁽²²⁾.

Las dificultades para mejorar el estado nutricional y de salud de los pacientes, muchas veces tenían como base la ideología que recitaba que “el paciente debe adecuarse a las necesidades del servicio”, lo cual no ha permitido en las instituciones hospitalarias valorar la opinión de estos, y por ende no se reconocían los puntos débiles para promover el consumo completo de las preparaciones de alimentos ⁽²²⁾.

García et al. concluyeron los siguientes corolarios para mejorar el estado nutricional de los pacientes: a) Siempre que el paciente solicite la modificación de su alimentación, el nutricionista debe hacer lo posible para atender sus necesidades, dentro de las posibilidades clínicas del mismo, b) Debe ser preocupación del SAC, los aspectos que componen el entorno alimentario, tales como cubiertos, lugar de apoyo, y otros que condicionen la alimentación del paciente, c) El SAC debe poseer controles estadísticos de las dietas prescritas con el fin de monitorizar la aceptabilidad y consumo ⁽²²⁾.

5.2. Conclusiones

- La aceptabilidad del almuerzo de las dietas completas obtuvo un nivel regular, a través del promedio final de las características que presentaron.
- El porcentaje promedio final del consumo del almuerzo de las dietas completas durante los 3 días de evaluación fue de 85.28%, considerado por encima de un consumo aceptable.
- Analizando la ración por sus componentes, el porcentaje de consumo del almuerzo de las dietas completas corresponden a 84.72% para el guiso, 80.83% del arroz, 83.06% para el tubérculo, 77.22% la mazamorra y 99.44% la bebida.

- Se aprecia que los resultados de la aceptabilidad no coinciden con los de consumo, pues el consumo aceptable de las raciones no reflejan la actitud que tienen los pacientes con respecto a las mismas.
- La característica que recibió un puntaje menor fue el sabor y un mayor puntaje para la temperatura. Ambas fueron las únicas características que recibieron una valoración fuera del puntaje regular.
- Se identificaron variables que influyen en la aceptabilidad y consumo, externas propiamente a las características de los alimentos servidos, tales como el apetito, condiciones de servido, estado anímico y antecedentes económico-sociales.

6. RECOMENDACIONES

- ✓ A los profesionales de la salud, especialmente a los que laboran en establecimientos hospitalarios que proporcionan alimentos:
 - Promover la importancia de la alimentación y nutrición en el desarrollo óptimo de los pacientes a través de mensajes como afiches u otros.
 - Valorar los elementos extrínsecos a las características de la dieta, como condiciones del servido (uso de cubiertos, plataformas de servido, apoyo al momento del consumo, entre otros).
- ✓ Considerar las opiniones y observaciones de los pacientes y sus familiares en relación al servido de alimentos.
- ✓ Capacitar a los auxiliares que tienen proximidad con los pacientes, en relación a temas de alimentación y de aspectos psicológicos.
- ✓ El Manual de Regímenes Dietéticos, debe ser accesible al profesional de salud que lo requiera.
- ✓ Permitir el desarrollo de otras investigaciones que contribuyan con soluciones destinadas a mejorar el servicio de alimentación.
- ✓ Sensibilizar a las autoridades de la institución hospitalaria con el fin de optimizar la recuperación del paciente con un buen servicio en el área de alimentación.

Se espera que los resultados del presente estudio sean tomados en cuenta al brindar el servicio a los pacientes hospitalizados, mejorando los aspectos de regular y mala aceptabilidad, para de esta manera contribuir a la recuperación del paciente y a un buen estado nutricional.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez R, Alfonso L, Santana S, Piñeiro E, Pérez E, Domínguez R. Evolución de la desnutrición hospitalaria. Hospital Universitario Pediátrico. Revista Cubana de Pediatría. 2014 jul.-set.;86(3):298-307.
2. Salvador L, Fernandez M, Murillo J. Desnutrición y factores que influyen en la ingesta de alimentos en pacientes hospitalizados: una revisión. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria. 2014 jul.-nov.;34(3):80-91.
3. De Cássia R, Tucunduva S. Identification of malnutrition risk factors in hospitalized patients. Revista da Associação Médica Brasileira. 2011 nov.-dic.;57(6):637-643.
4. Echague L, Cudas M, Ramírez L, Viveros C. Desnutrición en pacientes adultos internados del Hospital Regional de Encarnación, Paraguay. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna [Internet]. 2016 mar.; [citado 19 jul. 2017]; 3(1):11-21. Disponible en: <http://www.revista.spmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/45>
5. Morales Freire E. Desnutrición intrahospitalaria: ELAN-ECUADOR. Hospital Provincial Francisco de Orellana, provincia Francisco de Orellana, Ecuador 2011. [Tesis de Magister en Internet] Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2013 [citada 19 jul. 2017]. 118 p. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/3988>
6. Veramendi L, Zafra J, Salazar O, Basilio J, Millones E, Pérez G, Quispe L, Tapia M, Ticona D, Asato B, Quispe L, Ruíz H, Chia A, Rey D, Surichaqui T, Whitembury A. Prevalencia y factores asociados a desnutrición hospitalaria en un hospital general; Perú, 2012. Nutrición Hospitalaria. 2013 feb.;28(4):1236-43.
7. MINSA. Análisis de Situación de Salud 2014. Hospital Nacional "Arzobispo Loayza". Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental 2015.
8. Flores M, Pérez L, Trelles M, Málaga G, Loza C, Tapia E. Infección urinaria intrahospitalaria en los servicios de hospitalización de medicina de un hospital general. Revista Médica Herediana. 2008 jun.;19(2):46-52.
9. Alvarez D, Revoredo F, Suarez M, Acevedo I, Lloclla P. Estado nutricional y morbi-mortalidad en pacientes con anastomosis gastrointestinales en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU). Revista de Gastroenterología del Perú. 2012 jul.-set.;32(3):273-80.
10. Roque J, Miranda M. Estado nutricional en pacientes críticos como predictor de morbi-mortalidad en un Hospital Nacional de EsSalud de Lima-Perú. Revista Científica de Ciencias de la Salud. 2015 may.;8(1):29-35.
11. Barbosa P, Aparecida M, Silva M, Lisboa S. Estandarização de dietas hospitalares: diagnóstico e subsídio para a qualidade da atenção. O mundo da Saúde, São Paulo. 2015 set.;39(4):448-59.
12. Sousa AA, Gloria MZ, Cardoso TS. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. Revista de Nutrição. 2011 mar.-abr.;24(2):287-94.

13. Anaya R, Arenas H, Arenas D, Nutrición Enteral y Parenteral. 2º ed. México D.F.:Mc Graw Hill México; 2012. 810p.
14. MINSA. Requerimientos de energía para la población peruana. CENAN. INS. LIMA – PERU 2012.
15. MINSA. “Manual de Regímenes Estándar por Patologías” del Departamento de Nutrición y Dietética del Hospital Cayetano Heredia. Lima: MINSA; 2016.
16. Velasco C, García-Peris P. Tecnología de alimentos y evolución en los alimentos de textura modificada; del triturado o el deshidratado a los productos actuales. *Nutrición Hospitalaria*. 2014 mar.;29(3):465-9.
17. Herrera Úbeda M. Grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados con las dietas basales y terapéuticas en centros sanitarios públicos [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2016. 561p.
18. Leandro-Merhi V, Srebernich S, Goncalves G, Aquino JL. In hospital weight loss, prescribed diet and food acceptance. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. 2015 ;28(1):8-12.
19. Villamil Parra R. Caracterización de las dietas terapéuticas ofrecidas en hospitales y clínicas universitarios de Bogotá [tesis doctoral en internet]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2010 [citada 19 jul. 2017]. 59p. Disponible en: <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis517.pdf>
20. MINSA. “Manual de Bioseguridad” Hospital Nacional San Juan de Lurigancho, Lima; MINSA; 2016.
21. MINSA. “Manual de Bioseguridad” Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima; MINSA; 2016.
22. Diez-García RW, Padilha M, Sanches M. Alimentação hospitalar: proposições para a qualificação do Serviço de Alimentação e Nutrição, avaliadas pela comunidade científica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 feb.;17(2):473-80.
23. Ospina B, Sandoval J, Aristizábal C, Ramírez M. La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. *Antioquia*, 2003. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2005 mar. [citada 19 jul. 2017]; 23(1):14-29. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1311949.pdf>
24. Comstock E, Pierre R, Mackiernan Y. Measuring individual plate waste in school lunches. *Journal of the American Dietetic Association*. 1981 sep. [citada 19 jul. 2017] ;79(3):290-6. Disponible en: <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=US201301326695>
25. Calleja A, Vidal A, Cano I, Ballesteros M. Cuestionario semicuantitativo para la valoración de la ingesta dietética del paciente hospitalizado: una herramienta sencilla para la práctica clínica. *Nutrición Hospitalaria*. 2016;33(2):324-9.
26. Rodríguez A, Patiño B, Periago MJ, Ros G, González E. Evaluando la aceptación de alimentos en escolares: registro visual cualitativo frente a análisis de residuos de alimentos. *Nutrición Hospitalaria*. 2014 may.;29(5):1054-61.

27. Zulueta B, Xarles I, Oliver P, García Z, Vitoria J. Perfil nutricional de los menús e ingesta dietética en comedores escolares de Vizcaya. *Nutrición Hospitalaria*. 2011;26(5):1183-7.
28. Guillén N, Torrentó M, Alvadalejo R, Salas-Salvadó J. Evaluación de la aceptación de los menús servidos en el Hospital Universitari de Sant Joan de Reus. *Nutrición Hospitalaria*. 2004;19(5):277-80.
29. Brugués M. Pibernat A. Campasol S. Moizé V. García-Lorda P. Evaluación de la aceptación de los menús servidos en un hospital mediante estimación visual de los residuos de las bandejas. *Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Actividad dietética*. 2000;8:116-9.
30. Acosta Evangelista Z. Percepción de la calidad de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y gineco-obstetricia a través de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, 2004 [tesis de grado en internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007 [citada 19 jul. 2017] 96 p. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2444/1/Acosta_ez.pdf
31. Zahid M, Khushid S, Naqvi S, Iqbal S, Maqsood B, Iqbal A. Survey of patients' perception of hospital food services at Armed Forces Institute of Cardiology – National Institute of Heart Diseases Rawalpindi. *Medical Journal*. 2015 dic.;65:102-5
32. Guardiola J, Gonzáles-Gómez F. La influencia de la desigualdad en la desnutrición de América Latina: una perspectiva desde la economía. *Nutrición Hospitalaria*. 2010 oct.;25(3):38-43.
33. Sans O, Vicens J, Bosch A, Llobera J, Gayola M, Segú M, Mateu J. Estudio de la satisfacción del paciente hospitalizado en los hospitales públicos de las Illes Balears. *Medicina Balear*. 2011 ago.;26 (3);46-54.
34. Estupiñán M. Evaluación de la aceptación de menús de dieta completa servidos en un hospital de Lima-Este mediante estimación visual de los residuos de las charolas [tesis de Bachiller]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2014 [citada 31 jul. 2017]. 15p.

8. ANEXOS

8.1. Consentimiento Informado

Este documento describe el discurso empleado para la obtención del consentimiento de los pacientes, así como a la explicación del procedimiento a realizar.

“Estimado (a), Sr(a). mi nombre es Christian Vega Salazar, soy nutricionista, y estoy desarrollando una investigación denominada “Aceptabilidad y consumo del almuerzo de dietas completas por pacientes adultos”, con el fin de conocer la aprobación y el consumo de las raciones brindadas a los pacientes, motivo por el cual desearía contar con su participación, al permitirme tomar fotografías a sus raciones durante 3 días y aplicando una encuesta sobre las características de las mismas, garantizando la confidencialidad de sus datos”.

8.2. Porcentaje de Consumo

0 %



25 %



50 %



75 %



100 %



8.3. Nivel de Aceptabilidad



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Nutrición

Encuesta de Aceptabilidad de las Dietas Completas

Encuestador: Pold Christian Vega Salazar

Encuesta N°: _____

Fecha: __/__/__

El Departamento del Servicio de Alimentación del Hospital Nacional Arzobispo Loayza desea conocer su opinión sobre el servicio de alimentación con el objeto de mejorar. Le agradeceríamos complete la presente encuesta con la mayor veracidad posible de carácter anónimo y voluntario.

I. DATOS GENERALES

1. Edad: _____

2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

3. Estudios: Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐

4. Domicilio: _____

5. Servicio de Hospitalización: _____

6. Diagnóstico Principal: _____

II. ACEPTABILIDAD DE LAS RACIONES SERVIDAS EN EL HOSPITAL

1. El sabor de las comidas es:

☐ Agradable

☐ Indiferente

☐ Desagradable

2. El olor percibido en la comida le parece:

☐ Agradable

☐ Indiferente

☐ Desagradable

3. La temperatura de los alimentos es:

☐ Adecuada

☐ Regular

☐ Inadecuada

4. La textura de los alimentos es:

☐ Buena

☐ Regular

☐ Mala

5. La presentación de la comida es:

☐ Buena

☐ Regular

☐ Mala

6. El horario entre comidas es:

☐ Bueno

☐ Regular

☐ Malo

7. La variedad de preparaciones ofrecidas es:

☐ Amplia

☐ Regular

☐ Reducida

8. La cantidad de la comida brindada le parece:

☐ Suficiente

☐ Regular

☐ Insuficiente

9. La comida ofrecida le parece:

☐ Buena

☐ Regular

☐ Mala